

	FICHA DE SINTOMATOLOGÍA COVID-19	Código:	SICH-SSOMA-P 03-F02
		Fecha de Aprobación:	21/02/2022
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Versión:	1
		Página:	1 de 1

Mediante el presente documento, dejo constancia y declaro expresamente que he recibido de mi empleador la explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad, asumiendo las consecuencias legales y laborales en caso de falsedad.

Empresa o Entidad Pública:	CONSORCIO CHAQUICOCHA S.R.L.	RUC:	20495847099
Apellidos y Nombres:	VITERI RODRIGUEZ MAURER		
Puesto de Trabajo:	GERENTE DE PROYECTO		
Area de Trabajo:	RIO CHICAMA PARQUE 6	DNI:	17866096
Dirección:	SILVA SANTISTEBA 1290	N° Celular:	976226577

En los últimos 14 días calendario ha tenido alguno de los síntomas siguientes:

	SI	NO
1. Sensación de alza térmica o fiebre		✓
2. Tos, estornudos o dificultad para respirar		✓
3. Expectोरación o flema amarilla o verdosa		✓
4. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19		✓
5. Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles):		✓

Declaro que he recibido de mi empleador los equipos de protección personal que corresponden a los riesgos de mi puesto de trabajo y declaro que lo uso diariamente de la forma en la que he sido capacitado para ello.

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte.

Esta ficha tiene vigencia hasta 03 días de haber dejado de laborar, de superar esos días deberé volver a llenarla.

* Me comprometo a reportar en caso presente alguno de los síntomas durante mi permanencia en el trabajo y/o durante mis días libres.

He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros, y la mía propia, lo cual constituye una falta grave laboral y una falta grave a la salud pública, asumiendo las consecuencias que pudieran generarse por mi incumplimiento.

Autorizo expresamente a mi empleador para el uso de la información otorgada de acuerdo a lo dispuesto por la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, en tanto que la misma guarda estrecha relación con motivos de interés público, como lo es la conservación de la salud de mis compañeros y la mía propia.

Fecha: 08 de Abril del 2023

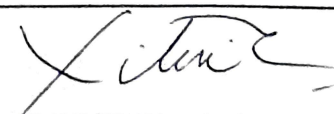
APTO PARA
LABORAR:



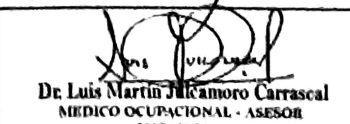
NO APTO PARA
LABORAR:



Firma del
Trabajador:



Firma y Sello del médico
Ocupacional:



Dr. Luis Martín Jaramero Carrascal
MEDICO OCUPACIONAL - ASESOR
C.M.P. 42724

	FICHA DE SINTOMATOLOGÍA COVID-19	Código:	SICH-SSOMA-P.03-F02
		Fecha de Aprobación:	21/02/2022
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Versión:	1
		Página	1 de 1

Mediante el presente documento, dejo constancia y declaro expresamente que he recibido de mi empleador la explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad, asumiendo las consecuencias legales y laborales en caso de falsedad.

Empresa o Entidad Pública:	CONSORCIO CHAQUICOCHA S.R.L.	RUC:	20495847099
Apellidos y Nombres:	ROFEL MANYA, MILTON		
Puesto de Trabajo:	G.O PERACIONES		
Área de Trabajo:	RÍO CHICAMA PQT 06	DNI:	4556 7476
Dirección:	AV. HEROES CENEPA #2076	N° Celular:	989945472

En los últimos 14 días calendario ha tenido alguno de los síntomas siguientes:

	SI	NO
1. Sensación de alza térmica o fiebre		X
2. Tos, estornudos o dificultad para respirar		X
3. Expectoración o flema amarilla o verdosa		X
4. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19		X
5. Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles):		X

Declaro que he recibido de mi empleador los equipos de protección personal que corresponden a los riesgos de mi puesto de trabajo y declaro que lo uso diariamente de la forma en la que he sido capacitado para ello.

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte.

Esta ficha tiene vigencia hasta 03 días de haber dejado de laborar, de superar esos días deberé volver a llenarla.

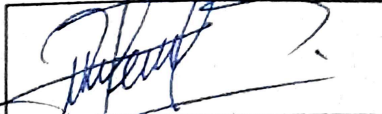
* Me comprometo a reportar en caso presente alguno de los síntomas durante mi permanencia en el trabajo y/o durante mis días libres.

He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros, y la mía propia, lo cual constituye una falta grave laboral y una falta grave a la salud pública, asumiendo las consecuencias que pudieran generarse por mi incumplimiento.

Autorizo expresamente a mi empleador para el uso de la información otorgada de acuerdo a lo dispuesto por la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, en tanto que la misma guarda estrecha relación con motivos de interés público, como lo es la conservación de la salud de mis compañeros y la mía propia.

Fecha: 08 de ABRIL del 2023

Firma del
Trabajador:



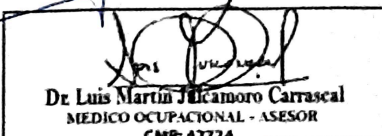
APTO PARA
LABORAR:



NO APTO PARA
LABORAR:



Firma y Sello del médico
Ocupacional:



Dr. Luis Martín Jilcamoro Carrascal
MEDICO OCUPACIONAL - ASESOR
CMP: 47724

	FICHA DE SINTOMATOLOGÍA COVID-19	Código:	SICH-SSOMA-P.03-F02
		Fecha de Aprobación:	21/02/2022
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Versión:	1
		Página:	1 de 1

Mediante el presente documento, dejo constancia y declaro expresamente que he recibido de mi empleador la explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad, asumiendo las consecuencias legales y laborales en caso de falsedad.

Empresa o Entidad Pública:	CONSORCIO CHAQUICOCHA S.R.L.	RUC:	20495847099
Apellidos y Nombres:	Ordoñez Malaver Simón		
Puesto de Trabajo:	Ingeniero de costos		
Área de Trabajo:	Rio Chicama paquete 6	DNI:	71251400
Dirección:	Silva Santisteban 1290	N° Celular:	989462044

En los últimos 14 días calendario ha tenido alguno de los síntomas siguientes:

	SI	NO
1. Sensación de alza térmica o fiebre		/
2. Tos, estornudos o dificultad para respirar		/
3. Expectoración o flema amarilla o verdosa		/
4. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19		/
5. Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles):		/

Declaro que he recibido de mi empleador los equipos de protección personal que corresponden a los riesgos de mi puesto de trabajo y declaro que lo uso diariamente de la forma en la que he sido capacitado para ello.

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte.

Esta ficha tiene vigencia hasta 03 días de haber dejado de laborar, de superar esos días deberé volver a llenarla

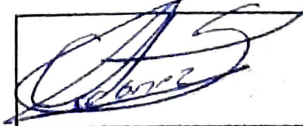
* Me comprometo a reportar en caso presente alguno de los síntomas durante mi permanencia en el trabajo y/o durante mis días libres.

He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros, y la mía propia, lo cual constituye una falta grave laboral y una falta grave a la salud pública, asumiendo las consecuencias que pudieran generarse por mi incumplimiento.

Autorizo expresamente a mi empleador para el uso de la información otorgada de acuerdo a lo dispuesto por la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, en tanto que la misma guarda estrecha relación con motivos de interés público, como lo es la conservación de la salud de mis compañeros y la mía propia.

Fecha: 08 de abril del 2023

Firma del Trabajador:



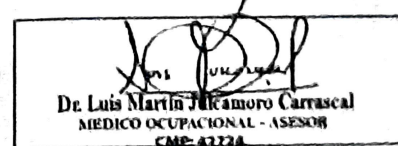
APTO PARA LABORAR:



NO APTO PARA LABORAR:



Firma y Sello del médico Ocupacional:



Dr. Luis Martín Jaramero Carrascal
MEDICO OCUPACIONAL - ASESOR
C.M.P. 47724

**FICHA DE SINTOMATOLOGÍA COVID-19****SISTEMA INTEGRADO DE GESTION**

Código:	SICH-SSOMA-P 03-F02
Fecha de Aprobación:	21/02/2022
Versión	1
Página:	1 de 1

Mediante el presente documento, dejo constancia y declaro expresamente que he recibido de mi empleador la explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad, asumiendo las consecuencias legales y laborales en caso de falsedad.

Empresa o Entidad Pública:	CONSORCIO CHAQUICOCHA S.R.L.	RUC:	20495847099
Apellidos y Nombres:	Leon Villanueva Carlos		
Puesto de Trabajo:	Conductor		
Área de Trabajo:	Rio Chicamo Porte 6	DNI:	71977209
Dirección:	Dr. Silva Santisteban 1290	N° Celular:	941900412

En los últimos 14 días calendario ha tenido alguno de los síntomas siguientes:

	SI	NO
1. Sensación de alza térmica o fiebre		X
2. Tos, estornudos o dificultad para respirar		X
3. Expectoración o flema amarilla o verdosa		X
4. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19		X
5. Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles):		X

Declaro que he recibido de mi empleador los equipos de protección personal que corresponden a los riesgos de mi puesto de trabajo y declaro que lo uso diariamente de la forma en la que he sido capacitado para ello.

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte.

Esta ficha tiene vigencia hasta 03 días de haber dejado de laborar, de superar esos días deberé volver a llenarla.

* Me comprometo a reportar en caso presente alguno de los síntomas durante mi permanencia en el trabajo y/o durante mis días libres.

He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros, y la mía propia, lo cual constituye una falta grave laboral y una falta grave a la salud pública, asumiendo las consecuencias que pudieran generarse por mi incumplimiento.

Autorizo expresamente a mi empleador para el uso de la información otorgada de acuerdo a lo dispuesto por la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, en tanto que la misma guarda estrecha relación con motivos de interés público, como lo es la conservación de la salud de mis compañeros y la mía propia.

Fecha: 08 de Abril del 2023

Firma del
Trabajador:

APTO PARA
LABORAR:



NO APTO PARA
LABORAR:



Firma y Sello del médico
Ocupacional:

Dr. Luis Martín Jaramero Carrascal
MEDICO OCUPACIONAL - ASESOR
CMP-42724